

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

50

Docteur R. LE HUCHE

de la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Aide d'Anatomie à l'École de Médecine de Nantes

Lauréat des Hôpitaux de Nantes (1912)

Lauréat de l'École de Médecine de Nantes

(Prix 1910 et 1913)

CONTRIBUTION

à l'Étude Clinique et Médico-Légale

de la

PSYCHOSE DE KORSAKOFF POST-TRAUMATIQUE

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

—
1920

Docteur R. LE HUCHE

de la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Aide d'Anatomie à l'École de Médecine de Nantes

Lauréat des Hôpitaux de Nantes (1912)

Lauréat de l'École de Médecine de Nantes

(Prix 1910 et 1913)

50

CONTRIBUTION

à l'Étude Clinique et Médico-Légale

de la

PSYCHOSE DE KORSAKOFF POST-TRAUMATIQUE



PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs.....

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.

DESGREZ.
BESANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ
VAQUEZ.
GOSSET.
LETULLE.
PRENANT.
DUVAL.
POUCHET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.

Clinique médicale.....

ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.

Hygiène et clinique de la première enfance.....

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

DUPRE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
QUENU.
LEJARS.
HARTMANN.
DE LAPERSONNE
LEGUEU.

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

BAR.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
J. L. FAURE.
BROCA (Auguste).
Albert ROBIN.
Pierre SEBILEAU.

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile.....

Clinique thérapeutique.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Agrégés en exercice :

MM.
ALGLAVE.
BRANCA.
CAMUS.
CASTAIGNE.
CHAMPY.
CHEVASSU.
DESMAREST.
GOUGEROT.
GRÉGOIRE.
GUENIOT.

GUILLAIN
LARBE Henri.
LAIGNE-LEVASTINE.
LANGLOIS.
LECENE.
LEMIERRE.
LENORMANT.
LEQUEUX.
LEREBOULLET.
LERI.

LOEPER.
MOCQUOT.
MULON.
NOBECOURT.
OKINCZYC.
OMBREDANNE.
RATHERY.
RETTIERE.
RIBIERRE.
RICHAU.

ROUSSY.
POUVIERE.
SCHWARTZ.
SICARD.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.
ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage d'affection.

A MA GRAND'MÈRE

A MES SŒURS

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

MESSIEURS LES PROFESSEURS VIGNARD, BAHUAUD,
E. BUREAU, G. BUREAU, M. BUREAU, CASTAGNARY,
JOUON, POISSON, RIVET, MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOISNARD, ACCOUCHEUR DES
HOPITAUX DE NANTES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENON

MÉDECIN DE L'HOSPICE GÉNÉRAL DE NANTES,

MÉDECIN CHEF DU CENTRE DE PSYCHIATRIE

DE LA XI^e RÉGION

qui nous a inspiré l'idée de ce travail et guidé
avec une grande bienveillance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE PARIS,

MÉDECIN EXPERT PRÈS LES TRIBUNAUX,

qui a bien voulu nous faire l'honneur de pré-
sider cette thèse.

INTRODUCTION

Le syndrome mental de Korsakoff est un ensemble de signes psychiques dont les plus importants sont l'amnésie de fixation, la fabulation, les fausses reconnaissances, avec conservation relative du jugement et des réactions émotionnelles ; ce syndrome a été décrit par Korsakoff comme une psychose survenant dans quelques cas de polynévrites, mais ce n'est, d'après les auteurs, qu'une forme un peu particulière de confusion mentale aiguë, qu'on a retrouvée dans un certain nombre d'infections et d'intoxications, et enfin à la suite de traumatismes. C'est cette dernière forme que nous nous proposons d'examiner. Nous en citons sept cas, et ces faits cliniques nous semblent plus fréquents qu'on ne le croit généralement. L'attention des auteurs n'a pas été suffisamment attirée sur ce point ; on en parle, en effet, très peu ou pas du tout dans les différents traités de psychiatrie que nous avons consultés. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de réunir quelques observations de psychose de Korsakoff post-traumatique, et de faire une étude de ces cas particuliers qui, d'ailleurs, sur quelques points, constituent une forme un peu spéciale du syndrome de Korsakoff classique.

I. HISTORIQUE

I. — Korsakoff, dans une série d'articles publiés de 1887 à 1900, a isolé sous le nom de psychose polynévritique ou cérébropathie psychique toxémique, un syndrome clinique caractérisé par « la combinaison de troubles psychiques avec les phénomènes de la névrite multiple dégénérative ». Les deux éléments, psychique et somatique, pouvant d'ailleurs s'associer dans des proportions variées, les signes de névrite étant dans certains cas presque nuls.

Les élèves de Korsakoff : Serbsky, Vaïndrach, Doubrovine, Kichkine, Soukanoff, poursuivirent l'étude de la question, et bientôt différents auteurs, Tilling, Gudden, Schultze, Monkemoller, Luckerath, Meyer et Raecke, publièrent des cas de psychose de Korsakoff sans polynévrite.

Actuellement, si les auteurs russes et allemands font du syndrome de Korsakoff une maladie bien différenciée, en France on tend à considérer la psychose de Korsakoff comme une forme de confusion mentale. Telle est l'opinion de MM. Gilbert Ballet, Régis, Siglas, Raymond, Babinski, Pierret et Haury, Francotte, Crocq. M. Chaslin fait quelques réserves, la psychose polynévritique semblant, pour lui, comporter spécialement un trouble de la mémoire.

II. — *Syndrome de Korsakoff post-traumatique.* — Kalberlah, en 1904, semble avoir été le premier à étudier le syndrome après les traumatismes. Cependant, il est intéressant de faire remarquer que Desault, dans ses *Œuvres chirurgicales*, publiées en 1798, parle déjà, quand il décrit la commotion cérébrale, de troubles de la mémoire, tels que « les choses nouvelles s'oublient, les autres restent gravées ». Il cite l'histoire « d'un porteur d'eau qui, dans le principe, n'avait présent que les objets qui l'avaient frappé récemment, et qui, bientôt après, ne se ressouvenait que de ceux qui avaient affecté son enfance ». Desault ne parle pas de fabulation, ni de fausses reconnaissances ; de sorte qu'il peut s'agir d'amnésie traumatique. Cependant, l'amnésie antérograde de fixation y est si clairement décrite qu'il est permis de croire qu'il était en présence d'un syndrome de Korsakoff.

Après Kalberlah, Meyer et Kraepelin en ont rapporté quelques exemples.

Ebbecke, en 1909, en cite un cas.

M. R. Benon, dans son *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, paru en 1913, en fait pour la première fois une étude clinique. Nous y avons largement puisé pour la description du syndrome, et lui avons emprunté plusieurs observations. Enfin, nous avons trouvé dans la thèse de M. Henri Bouttier (Paris 1918) deux cas du syndrome en question, que nous citons plus loin.

II. DESCRIPTION CLINIQUE

Avant de décrire la psychose de Korsakoff, rappelons en quelques lignes, d'après les auteurs, les différents aspects de la confusion mentale aiguë :

La confusion mentale aiguë est une psychosé généralisée, caractérisée par une torpeur, un engourdissement de l'activité psychique supérieure, accompagnée ou non d'automatisme onirique délirant, avec réaction des diverses fonctions de l'organisme.

On en distingue trois formes :

a) La confusion mentale asthénique, qui consiste en une torpeur cérébrale allant jusqu'à l'hébétude absolue, avec difficulté de la reconnaissance des personnes, objets, lieux, désorientation dans le temps et l'espace, troubles de la mémoire et de l'attention, parfois agitation, peur.

b) La confusion mentale hallucinatoire, consistant en un délire hallucinatoire, avec agitation anxieuse (délire onirique, ou délire de rêve de Régis).

c) Le syndrome de Korsakoff.

Ces formes peuvent se succéder ou se combiner en des syndromes complexes.

Les causes de la confusion mentale sont les infections : typhoïde, grippe, pneumonie, rhumastisme articulaire aigu ; les intoxications : particulièrement l'alcoolisme chronique ; enfin les traumatismes.

Le Syndrome de Korsakoff Post-Traumatique

ETIOLOGIE. — Dans la plupart des cas que nous avons réunis, on trouve peu de choses dans les antécédents héréditaires ; mais, dans les antécédents personnels du malade, très fréquemment figure l'alcoolisme chronique.

L'accident est un traumatisme crânien : chute sur la tête, coup de pied de cheval, en tous cas un choc intense suivi d'un coma de plusieurs heures. Les lésions n'ont pas toujours été déterminées exactement. Dans les deux cas de Boutlier, il y a eu intervention chirurgicale, laquelle a montré l'existence d'un enfoncement de la paroi. Dans d'autres cas, les lésions ont été suffisantes pour provoquer des symptômes nerveux : paralysies, symptômes méningés.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le blessé, après un temps variable passé dans le coma, se réveille peu à peu et, sitôt qu'il peut parler, présente les trois symptômes caractéristiques de la maladie de Korsakoff : amnésie antérograde de fixation, fabulation, fausses reconnaissances ; et ces différents troubles contrastent singulièrement avec l'habitus extérieur qui est normal, et l'intégrité du jugement et de l'attention.

Détaillons cette triade :

1° *L'amnésie antérograde de fixation* : Elle est frappante et aiguille de suite le diagnostic : Le sujet oublie ce qu'il a fait ou ce qu'on lui a dit, deux ou trois minu-

les auparavant. Des nombres de 4 à 5 chiffres lui sortent immédiatement de l'esprit, il est incapable de les répéter.

L'amnésie rétrograde ne porte que sur l'accident et les faits récents. Tous les autres souvenirs sont intacts. Il décline rapidement son état civil, nom, prénoms, qualité, donne des renseignements détaillés et exacts sur son enfance, ses parents, son métier, donne des détails précis sur son quartier, sa maison. Par contre, il ignore son accident, ou n'en a qu'une idée très vague. Il est dans le temps présent très mal orienté, ne connaît ni le jour ni l'année, ne sait pas d'où il vient, ni où il est.

2° *La Fabulation* est très nette dans toutes nos observations. Le malade invente toutes sortes d'histoires fantaisistes sur sa vie actuelle ou sur son accident, histoires qu'il remplacera par d'autres complètement différentes quelques instants après, sans s'apercevoir en aucune façon de ses contradictions. Il nie même carrément ce qu'on vient d'écrire d'après ses dires. Lorsqu'on l'interroge, il ne s'embarrasse jamais, ne cherche pas ; ce que sa mémoire ne lui fournit pas, il l'invente immédiatement :

C'est un charretier qui raconte, bien que n'étant pas sorti de la salle, qu'il vient de charger plusieurs tombereaux de sable, que son cheval est tombé, etc... Un garçon d'hôtel raconte qu'il vient de faire des provisions et qu'il va préparer le dîner ; qu'il a rencontré en route tel de ses amis, etc..., tout cela avec un grand luxe de détails.

3° *Les Fausses reconnaissances* sont également assez faciles à mettre en évidence par une observation

attentive. Le sujet reconnaît, dans les individus qui l'entourent, des amis, des camarades de travail. Il prend le médecin pour un de ses compagnons de chantier, ou pour le patron de l'usine. Ses voisins de lit sont des gens qu'il a déjà vus et auxquels il donne son nom, il les interpelle... Mais il ne se trompe ordinairement pas sur les personnes avec lesquelles il vivait journellement : sa femme, ses enfants, ses amis intimes. Il reconnaît assez bien les objets et les choses.

Quant aux autres facultés intellectuelles, elles sont, ainsi que nous le disions, relativement conservées. L'attention est vive, le sujet est toujours disposé à répondre, et répond rapidement à toutes les questions. Le jugement est relativement intact. L'émotivité est également normale. Le sujet n'est ni triste, ni inquiet ; il est peu porté à la colère. Enfin, le malade donne, au premier abord, l'impression d'un homme sain d'esprit, qui parle avec naturel, de façon affable, qui plaisante même facilement, aspect qui contraste d'une façon frappante après quelques minutes d'interrogatoire, avec les erreurs de la mémoire et les histoires invraisemblables racontées.

COMPLICATIONS. — On peut voir survenir dans le cours de la maladie une ou deux périodes d'agitation. C'est ordinairement une agitation légère, plus marquée la nuit que le jour. Le malade devient taciturne ; on le voit qui s'assoit dans son lit, se recouche, parle tout bas. Puis il se lève, cherche à sortir, circule bruyamment dans la salle, et prononce quelques paroles relatives à des hallucinations. Cet état ne dure, en général, pas plus de deux à trois jours.

EVOLUTION. — La psychose de Korsakoff post-traumatique guérit souvent. Elle peut cependant passer à la chronicité, et évoluer vers la démence.

III. DIAGNOSTIC & MÉDECINE LÉGALE

Le syndrome de Korsakoff est différent du délire hallucinatoire subaigu ou aigu, dont le type est le délire d'origine toxique ou infectieuse. En principe, les hallucinations font défaut dans le syndrome de Korsakoff. Dans les syndromes délirants hallucinatoires aigus ou subaigus, le patient est surtout anxieux, et non euphorique, il ne présente ni amnésie de fixation, ni fabulation, ni fausses reconnaissances, etc...

On ne saurait guère confondre le syndrome de Korsakoff avec un syndrome asthénique ; l'amnésie de fixation constatée chez les asthéniques est moins marquée, moins évidente que dans la psychose de Korsakoff ; chez les premiers, la confusion dans les idées, qui n'est pas la confusion dans les perceptions, peut donner naissance à des troubles de la reconnaissance, mais ceux-ci restent très atténués et bien différents de ceux qu'on observe dans le syndrome de Korsakoff.

Nous pensons qu'il importe de séparer le syndrome de Korsakoff de la confusion mentale proprement dite. A supposer que ces deux syndromes doivent être rapprochés au point de vue causal, ils diffèrent d'aspect quant au point de vue clinique. La confusion mentale est pour nous essentiellement caractérisée par les troubles profonds des perceptions sensorielles, les troubles

de la reconnaissance des lieux, des personnes et des choses, la désorientation, etc... Le confus inconscient de son état offre une activité très désordonnée. Le syndrome de Korsakoff, avec sa fabulation, ses fausses reconnaissances, son euphorie, et surtout son amnésie de fixation nous semble différent de la confusion mentale.

Quel rôle jouent les intoxications, et notamment l'alcoolisme, dans l'apparition de la psychose de Korsakoff post-traumatique ? La question est intéressante, au point de vue médico-légal. Il n'est pas douteux, en effet, que la majorité des cas de cette psychose se développent chez des sujets dont l'organisme a subi l'imprégnation éthylique. Il est difficile ici de faire la part des différents facteurs étiologiques. Cependant, si l'alcoolisme ou d'autres intoxications entrent pour une large part dans la genèse des troubles, il n'en est pas moins vrai que le traumatisme se trouve à l'origine de la maladie et a déclenché les accidents ; il en sera donc considéré comme la cause indirecte dans l'évaluation des dommages causés. D'autre part, en matière d'expertises, on n'oubliera pas de faire des réserves au sujet de l'avenir, puisque la maladie peut passer à la chronicité et évoluer vers la démence.

IV. OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Résumée*)

R. BENON, in *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, Paris 1913.

J..., garçon d'hôtel, 48 ans.

Père alcoolique, mort à 40 ans, mère morte à 55 ans (tuberculeuse?) 5 frères morts en bas âge, un autre mort à 30 ans de tuberculose.

Antécédents personnels : Alcoolisme chronique léger, mais très net.

Accident : Renversé par une auto le 9 mars 1910.

Fracture de la base probable. Coma de 2 heures.

Histoire de la maladie. — Sort de son coma et se réveille progressivement, mais reste asthénique somnolent. Quelques jours après son accident, il présente 2 ou 3 nuits de suite de l'agitation, avec hallucination (on doit l'attacher sur son lit). Le 22 mars, on l'envoie à l'asile. Là, il est plus calme. On peut l'interroger et mettre en évidence les trois symptômes caractéristiques.

1°) Troubles de la mémoire. L'amnésie rétrograde est peu marquée, porte sur les faits récents. Il précise mal les circonstances de son accident, le situe mal dans le temps et dans l'espace. Mais décline rapidement ses nom, qualité, profession, dit sa date de naissance.

L'amnésie antérograde est manifeste, moins marquée cependant que dans la psychose polynévritique typique. Il se trompe

sur la date et le jour actuels mais sait le mois et l'heure. Il ne sait où il est, mais sait que c'est un hôpital. Il dit venir tantôt d'un autre hôpital, tantôt de celui où il se trouve. Il peut répéter des chiffres d'une certaine longueur. C'est plus, semble-t-il, une amnésie d'évocation que de fixation.

2°) Il fabule aisément, soit de lui-même, soit à l'occasion des questions qui lui sont posées. Il raconte qu'il est allé la veille à la gare Saint-Lazare porter un colis, qu'il a eu un bon pourboire; qu'il a couché chez lui, et est arrivé ce matin. Mais si on insiste, il finit par reconnaître qu'il se trompe.

3°) Fausses reconnaissances. Il reconnaît sa femme, et un de ses amis. Mais, fréquemment il prend la surveillante pour sa femme, et les autres malades pour des camarades, garçons d'hôtel. Il se trompe peu sur les choses, cependant, un jour, a voulu enfiler sa capote comme un pantalon.

4°) Les autres facultés sont peu atteintes. L'attention est vive, le jugement sensiblement normal, l'émotivité non modifiée. Il est peu porté à la colère, ordinairement bien disposé, plaisante.

Il a eu, durant le cours de sa maladie, à deux ou trois reprises, des périodes hallucinatoires de courte durée.

Evolution. — Deux mois après le trauma, le sujet semble revenu à l'état normal. Sort guéri le 10 mai.

Deux ans après, le sujet a été revu : la guérison semblait définitive.

OBSERVATION II (Résumée)

R. BENON, in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*
1^{re} série, tome XXII, 1914

A..., maçon, 55 ans.

Le 11 mai 1913, traumatisme crânien indéterminé (Chute ou coup?)

C'est un alcoolique avéré. Dans les antécédents héréditaires rien.

Passe la nuit sur la voie publique. A son arrivée à l'hôpital, présente de l'agitation à base d'anxiété et d'énervement: Bientôt se dessine le syndrome de Korsakoff.

Amnésie antérograde de fixation. Incapable de répéter un nombre complexe. Peu après le départ des siens, ne se rappelle plus leur visite. « Je ne suis pas à l'hôpital, je n'ai jamais été blessé à la tête, vous vous trompez, il ne s'agit pas de moi. » etc.... Cependant en insistant longuement, on a parfois de bonnes réponses. S'oriente difficilement dans le temps.

L'amnésie rétrograde est beaucoup plus marquée que dans les autres cas que nous citons. Les renseignements qu'il donne sur lui, sur sa famille, sont souvent faux.

Fabulation très active. Invente toutes sortes de contes, et se contredit à chaque instant.

Pas de fausses reconnaissances.

Attention vive. Toujours euphorique, parfaitement disposé, souriant, heureux.

Cauchemars la nuit. Signes d'alcoolisme chronique. L'amélioration est rapide. 1 mois $\frac{1}{2}$ après son accident, sort guéri.

Il est revu 1 mois après, et s'étonne alors quand on lui relit les discours qu'il a tenus. Ne se rappelle pas ce qu'il a fait durant trois semaines. Il croit que la religieuse qui l'a soigné était une étrangère, et les médecins des étrangers également.

Il travaille régulièrement, et semble complètement guéri.

OBSERVATION III (Résumée)

R. BENON, in *Annales médico psychologiques* (Août-septembre 1914)

P..., charretier, 48 ans.

Le 5 août 1912, coup de pied de cheval. Coma de 2 heures. Fracture de la base du crâne.

Alcoolisme chronique certain. Pas d'hérédité nerveuse ou mentale dans la famille.

Transporté à l'hôpital. Le lendemain, à cause de son agitation, dirigé sur l'asile.

Syndrome de Korsakoff :

Amnésie antérograde frappante. Ne sait rien du temps présent, ne parvient pas à répéter ce qu'on vient de lui expliquer.

Amnésie rétrograde portant sur l'accident et une courte période antérieure.

Fabulation incessante : « Hier, je menais de la pierre, après on a été au sable. J'ai déjeuné ce matin chez le patron », etc...

Fausse reconnaissance : les infirmiers sont des charretiers qu'il connaît, la religieuse une amie de sa famille, etc.

Il reconnaît tous les objets et les nomme.

Il est euphorique, a tendance à plaisanter (se traite d'idiot parce qu'il écrit mal son nom, etc.).

L'agitation du début s'est calmée rapidement, mais, le 8^e jour après son accident, présente une crise hallucinatoire qui dure 48 heures, crise assez violente, avec agitation, hallucinations qui, par la suite ne se reproduit pas.

L'amélioration est rapide. Dès le 10^e jour, les fausses reconnaissances disparaissent et le 1^{er} septembre, moins d'un mois après son accident, est guéri et travaille.

La guérison se maintient le mois suivant. Sort le 18 octobre 1912.

OBSERVATION IV (Résumée)

KALBERLAH. — *Clinique neuropathologique de Halle*

F. F..., maçon, 43 ans.

Le 9 octobre 1902, tombe sur la tête, d'une hauteur de 5 m. Coma de quelques heures. Fracture probable de la base du crâne. Présenta les jours suivants quelques symptômes méningés, puis des phénomènes paralytiques qui persistaient à sa sortie.

Etat mental. — Présente les premiers temps de l'agitation nocturne, et le jour de la somnolence, hébétude. Bientôt se

réveille et devient euphorique, bavard, phraseur, vantard, trop zélé.

Mémoire : Il ignore son accident, mais tous les détails qu'il donne sur les faits qui lui sont antérieurs sont exacts.

L'amnésie antérograde de fixation est très nette : tout ce qu'il fait ou dit est oublié en quelques minutes.

La Fabulation est ici exubérante. Il importune tout le monde avec des contes très variés qui pivotent tous autour de sa profession de maçon. Lorsqu'on l'interroge sur sa blessure, il répond tous les jours d'une façon différente.

Fausse reconnaissance : Prend les médecins et les infirmiers pour des camarades de travail.

En janvier 1903 (3 mois après l'accident), les troubles de la mémoire ont complètement disparu. On lui donne sa sortie comme très amélioré.

Une fois sorti, ne reprend pas son travail. Chez lui, se borne à pérorer, sans s'apercevoir de son incapacité. Fabule constamment, racontant des histoires à dormir debout, et des fanfaronnades de pure imagination. S'enivre fréquemment.

Quelques semaines après sa sortie, paralysie du bras gauche.

Le 16 mars 1903, entre de nouveau à la Clinique, dans le même état qu'à sa sortie.

OBSERVATION V ET VI

HENRI BOUTTIER, *Thèse de Paris 1918. Contribution à l'étude neuro physiologique des traumatismes cérébraux récents.*

OBS. 26. Cas Hue (Résumée).

Soldat, 32 ans. Blessé d'un coup de pied de cheval région frontale, le 12 sept. 1917. Enfoncement du frontal. Intervention chirurgicale. Pas de troubles somatiques, sauf exagération des réflexes.

Troubles de la mémoire. — Sait où il est né, raconte avec exactitude ce qu'il faisait dans la vie civile. Ne sait rien sur son accident. Oublie ce qu'il a fait le matin même, ne peut répéter ce qu'on lui a dit quelques instants avant. Est désorienté, ne sait où il est.

Fabulation. Répond sans hésiter aux questions qu'on lui pose sur ses occupations, et d'une façon inexacte.

Cet état dure une dizaine de jours. Le 15^e jour, les troubles ont disparu.

Obs. 29 (Résumée).

Soldat de 38 ans, blessé par coup de pied de cheval région occipito pariétale droite. Gros enfoncement de la paroi. Etat subcomateux. Intervention chirurgicale. Suites opératoires bonnes. Mais reste dans un état subcomateux.

15 jours plus tard semble se réveiller un peu.

Mémoire. — La mémoire des événements antérieurs à son trauma est conservée, mais il vit actuellement dans un monde imaginaire, qui est celui où il vivait avant la guerre : — « Où couchez-vous ? — Chez nous, je fais 3 kilom. pour y arriver. »

Fabulation. — Nette à certains jours.

Fausse reconnaissance. — Il dit en montrant un objet quelconque : « Voilà ma femme ».

Le blessé, perdu de vue, est retrouvé 3 mois après, très amélioré.

OBSERVATION VII (*Inédite*) (1)

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Caporal, 28 ans, accident de bicyclette, le 27 mai 1917. Coma. Du 12 juin au 14 juillet suivant : amnésie antérograde de fixation complète, fabulation très active, fausses reconnaissances, euphorie, excitation intellec-

(1) Nous avons recueilli cette observation dans le Service de Psychiatrie militaire du Dr BRON.

tuelle, céphalée, quelques illusions. Juillet-août : amélioration rapide. Envoi en congé le 18 août. Réforme temporaire n° 2.

J. B..., caporal au n° régiment d'infanterie, cultivateur-propiétaire, 28 ans, entre dans le service de psychiatrie du Dr Benon (Hôp. militaire Baur), le 20 juin 1917.

HISTOIRE CLINIQUE. — Le caporal B..., est arrivé en permission du front pour 6 jours, chez sa mère (en Vendée), le 27 mai. Il avait des effets à aller chercher à Nantes; le 30 mai au matin, il quitte son domicile et se rend à la ville, en civil. Il passe la journée à Nantes avec des camarades. Au retour, le soir, vers 21 heures 30, il est renversé par une auto. Il n'était pas éclairé. Les phares de l'auto étaient allumés. Le chauffeur a déclaré que le blessé pédalait, tête baissée, sur la route, et qu'il s'est jeté de face dans l'auto. La bicyclette était engagée sous l'avant-train. B... gisait sur le terrain, sans connaissance. Il a été transporté de suite à l'hôpital Baur, dans le service de chirurgie du Dr Pallas, où nous l'avons observé et suivi au jour le jour.

31 mai. — Etat comateux. Plaies superficielles de la face. Plaies superficielles du cuir chevelu dans la région temporale gauche, et de la région temporo-pariétale droite. Fracture probable de la base du crâne, avec fissure du temporal gauche.

1^{er} juin. — Dans la nuit du 31 au 1^{er}, il se tourne plusieurs fois dans son lit, sans chercher à se lever ; cette agitation reste légère ; le malade est surtout assoupi, somnolent. Suture des plaies et désinfection. Pas de trépanation.

Du 2 au 9 juin. — Ponctions lombaires quotidiennes. Liquide céphalo rachidien légèrement teinté en rouge les premiers jours. Somnolence qui va en s'atténuant.

9 juin. — Le malade parle un peu et s'alimente. Ayant besoin d'uriner, il prend son bol pour son vase de nuit.

ETAT ACTUEL. — (12 juin-14 juillet). Pendant toute cette période, les troubles psychiques ont été nettement caractérisés,

affectant la forme du syndrome de Korsakoff (fabulation, amnésie de fixation, fausses reconnaissances, euphorie avec légère excitation intellectuelle).

FABULATION. — Elle est extrêmement riche et variée chez notre malade. Lorsqu'on lui parle d'un accident qui a pu lui arriver, aussitôt il donne de nombreux détails fantaisistes : « Oui, j'ai fait trois chutes d'avion, et je crois que c'est la première qui m'a fait mal. Nous étions de garde contre avions. Nous avons pris un avion en chasse. Il y en avait six. J'en ai abattu quatre, le cinquième m'a abattu. Je suis tombé de 4.000 mètres : mon réservoir était percé. J'ai sauté dans un autre avion français, j'ai raté mon coup, et suis tombé de 3.000 mètres. Je suis descendu en parachute, avec mon chapeau de paille. »

Une autre fois, ce ne sont pas des chutes d'avion qu'il a faites, mais une chute d'auto. Il dit, par exemple : « C'était le soir, il y aura trois semaines lundi. On filait à toute vitesse, on n'était pas éclairé, on a versé dans un fossé. Et puis, on m'a amené ici... »

Si on attire son attention sur la plaie qu'il porte à la tête, il dit que c'est une blessure par balle : « J'ai chargé 14 fois à la baïonnette. Une fois j'ai eu les jambes (exactement les cuisses), traversées par une balle et je n'ai jamais été évacué (faux). Le plus dur, c'a été l'attaque d'Hébuterne et Tahure, en mars 1915. On ne marchait plus sur la terre, mais sur les morts. Partis douze cents... revenus deux !

AMNÉSIE. — L'amnésie de fixation (amnésie antérograde par rapport à l'accident), est à peu près complète. Le patient ne sait jamais s'il a ou n'a pas dîné. Un jour, par exemple, qu'on le prie, à 10 heures $\frac{1}{2}$, de descendre à table, il dit : « Je n'ai pas faim, j'ai bien mangé. D'ailleurs, j'ai là des provisions pour plus de 6 mois (quelques tablettes de chocolat et un peu de pain). D. Mais tout à l'heure, vous demanderez à manger et il n'y aura rien. — R. T'en fais pas, je me débrouillerai. » Il sait à peu près l'année, le mois ; il ignore toujours le quantième du mois. Il sait

qu'il est dans un hôpital. Il se rappelle quelquefois le nom de l'hôpital et le nom de la ville où il se trouve.

L'amnésie rétrograde d'évocation touchant les faits anciens et récents, est nulle. Ni erreurs de temps, ni erreurs de lieux. L'amnésie rétrograde d'évocation porte sur les 4 ou 5 jours qui ont précédé l'accident. Le blessé ignore, en effet, qu'il est permissionnaire du front, quoiqu'on le lui ait répété à maintes reprises.

Fausse reconnaissance. — Toutes les personnes qui l'abordent sont connues de lui. Le médecin qui le soigne, il l'a vu au 65^e de ligne. L'étudiant qui accompagne le médecin, est un homme qui appartient à la même compagnie que lui. Peu importe la personne qui lui est présentée, il l'a toujours vue quelque part. Veut-on une preuve, il la fournit aussitôt à l'aide de récits fantaisistes. Il se fâche ou sourit si l'entourage émet des doutes ; souvent, il passe simplement à un autre sujet de conversation.

Il appelle parfois la religieuse du service : Mademoiselle.

Autres symptômes. — Le malade présente d'autres symptômes, moins importants, semble-t-il, mais dignes d'être signalés.

Il est habituellement euphorique, comme c'est la règle dans le syndrome de Korsakoff. Il a de l'excitation intellectuelle ; il est disposé à rire, à plaisanter ; il fait des réflexions ironiques.

Par moments, il paraît avoir des illusions. Ainsi, dans la journée, il se lève, il a entendu parler : c'est quelqu'un qui le demande, c'est l'appel pour la soupe, etc... Il n'a pas d'hallucinations à proprement parler.

EVOLUTION. — Ces troubles psychopathiques ont duré environ 1 mois, aussi nettement caractérisés. Puis une amélioration rapide et considérable s'est manifestée.

19 juillet. — Le malade est calme, attentif, réfléchi. Il ne fabule presque plus, et ne fait plus aucune fausse reconnaissance.

1^{er} août. — Le malade est à peu près normal. Il raconte son accident d'une façon exacte ; il a cependant un trou dans sa

mémoire au sujet des quelques minutes qui ont précédé l'accident.

18 août. — Part en congé ; proposé pour la réforme temporaire.

9 octobre 1919. — La psychose de Korsakoff a guéri complètement : « Mais, nous écrit sa mère, la tête est toujours lourde ; il se plaint de bourdonnements d'oreilles. Il ne peut pas reprendre ses occupations d'avant-guerre. Il n'a pas la même mémoire depuis son accident. Autrement, il se porte bien. Ces symptômes sont probablement d'ordre asthénique.

ANTÉCÉDENTS (fournis par sa famille). — Père mort à 40 ans de tumeur. Mère souvent malade. 5 enfants : 2 filles, 3 garçons. Dans la famille, il n'existerait ni maladie mentale, ni maladie nerveuse. Le malade dans son enfance, était chétif, « failli », il n'a pas eu d'affection grave. Il a obtenu son certificat d'études primaires.

V. CONCLUSIONS

1° A la suite des traumatismes crâniens, se développent quelquefois des troubles mentaux aigus qui ne relèvent probablement pas de la confusion mentale, et qui sont à rattacher à la psychose de Korsakoff ;

2° Cette psychose de Korsakoff apparaît spécialement au cours des infections et intoxications, et s'accompagne de polynévrite, mais on sait que celle-ci fait quelquefois défaut. On peut observer également cette psychose de Korsakoff après un traumatisme crânien, et ici la polynévrite est absente constamment ;

3° Un fait d'observation, qu'il importe de signaler, est que la majorité des malades qui présentent la psychose de Korsakoff après un traumatisme sont des alcooliques chroniques ;

4° Cette psychose est caractérisée par l'amnésie antérograde de fixation, la fabulation, les fausses reconnaissances, l'euphorie, etc... ;

5° Cette psychose peut guérir, mais elle peut aussi passer à la chronicité, en évoluant vers la démence, c'est-à-dire vers l'affaiblissement intellectuel ;

6° Au point de vue médico-légal, les troubles psychiques sont à rattacher indirectement au traumatisme ; d'autre part, en matière d'expertises, il importe de faire des réserves au sujet de l'avenir du malade, puisque l'incurabilité est possible.



VI. BIBLIOGRAPHIE

GILBERT BALLEZ. — *Traité de pathologie mentale*. — Paris 1903.

R. BENON. — *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, 1913. — *Annales médico-psychologiques*, août-sept. 1914. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 4^e série, tome XXII, 1914.

BOUTTIER HENRI. — Thèse de Paris, 1918. — *Contribution à l'étude neuro-physiologique des traumatismes cérébraux récents*.

DESAULT, 1744, 1795. — *Œuvres chirurgicales*, publiées par X. BICHAT, 1798, II, pages 53 à 59.

EBBECKE. — XV^e Congrès des psychiatres et neurologistes de l'Allemagne Centrale. Iéna 1909, 24 octobre. — Discussion des rapports de FRENDELENBURG et WINDSCHEID sur la Commotion cérébrale. L'auteur cite un cas de psychose de Korsakoff post-traumatique.

KABERLAH (S.). — Clinique neuropathologique de Halle. — *De la psychose aiguë par commotion cérébrale*. — Contribution à l'étude du complexe symptomatique de Korsakoff. Arch. f. psychiatr. 1904, XXXVIII, cah. 2.)

KORSAKOFF (S.). — Principales publications :

1) *De la paralysie alcoolique*. — Thèse Moscou 1887.

2) *Trouble mental dans la paralysie alcoolique et son rapport avec le dérangement de la sphère psychique dans la névrite multiple d'origine non alcoolique*. — Mon. Russe de la psychiatrie et de la neuro-pat., 1887, IV, 2.

3) *Quelques cas de cérébropathie particulière dans la névrite multiple*. — Gaz. cliniq. hebdomad. russe, 1889, n^{os} 5, 6, 7.

- 4) *Trouble psychique associé à la névrite multiple.* — Rev. de méd. russe, 1889, n° 13, p. 3-18.
- 5) *Sur une forme de maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénérative.* — Cong. internat. de méd., Paris, 1889.
- 6) *Sur une forme des maladies de la mémoire.* — Rev. philosoph., 1889, n° 11.
- 7) *Sur la symptomatologie de la forme polynévritique des psychoses post-typhoïdiques.* — Recueil russe d'articles sur la neuropath. et la psychiât., Moscou 1890.
- 8) *Cas de psychose polynévritique avec autopsie.* — Rec. russe d'art. sur la neuropath. et la psychiât., Moscou 1890 (en collaborat. avec SERBSKY). Arch. f. psychiât. XXIII-1.
- 9) *Sur une forme spéciale de troubles psychiques combinée à la névrite multiple. Psychose polynévritique et cérébropathie toxémique.* — Allgem. Zeitsch. f. psychiât., XLVI, 1891-4 et Arch. f. psychiât. XXX, 3, 1890-1891, in Arch. de neurolog. 1890, II, 73.
- 10) *Faux souvenirs (pseudo réminiscences dans la psychose polynévritique).* Allgem. Zeitsch. f. psychiât., XLXVII, 1891, 3-4.
- KRAEPELIN. — *Psychiatrie clinique.* Trad. franç. 2^e édit. 1907, p. 324.
- MEYER. — *Neurolog. Centralbl.*, août 1904. — Ann. méd. psycho. 1908, VII, p. 308.
- PASTUREL et QUENOUILLE. — *De la confusion mentale traumatique.* — L'encéphale 1909, n° 12, décembre. Obs. 1.

